

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ НА ПРЕД- И ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СОЧЕТАННЫМ ТРАВМАМ ТАЗА

Дятлов М.М.

Гомельский государственный медицинский институт

Изучение научной и учебной литературы, ознакомление с учебными программами медицинских институтов и усовершенствования врачей, а также с реальным положением дел в сети практического здравоохранения страны показывает, что пред- и постдипломное обучение не предусматривает подготовку кадров для лечебно-диагностической помощи больным со сложными и сочетанными повреждениями таза с учетом характера и тяжести современных высокоскоростного механизма травм его (тем более осложненных), диагностических и лечебных задач с позиций требований сегодняшнего дня, в то время как смертность при сочетанных травмах таза достигает 56%, а неудовлетворительные исходы - 70% даже в высококвалифицированных клиниках мира.

В обширной мировой литературе по данной теме много невыясненных сторон, например, диагностика повреждений скелета в остром периоде, заднего отдела его – в любое время, тактика хирурга при обширных гематомах, обнаружение повреждения внутритазовых магистральных сосудов и пособия при этом, сроки и виды оперативных вмешательств при сочетанных и множественных (с конечностями, позвоночником) повреждениях, виды фиксирующих конструкций и т.д. Мы же, обладая опытом лечения более 1000 больных с травмами таза за неполные 4 десятилетия, а с 1977 г.- около 700 из них (преимущественно в Гомельской областной клинической больнице, а также в центральных районных больницах – ЦРБ области, куда экстренно выезжали в различное время суток), из коих 253 в свою очередь лечились оперативно (с 1980г.), установили, что за последние 20 лет травмы таза участились в 2 раза иотяжелели полифокальностью, сочетанностью (с травмой внутренних органов) и множественностью (с травмой конечностей и позвоночника) повреждений. Появились такие смещения отломков его, которые невозможно вправить консервативно: смещение в 2-3 взаимно перпендикулярных плоскостях, разможжение, грубые нарушения родовых путей, открытые переломы, угроза перфорации мочевого пузыря, влагалища, прямой кишки или несращения с боль-

шим диастазом. Стали появляться случаи смерти на операционных столах и в реанимационных отделениях в первые часы после поступления (из-за невосполненной внутренней кровопотери вследствие внебрюшинных повреждений сосудов таза) и в палатах через 2-3 недели от тромбоза легочной артерии, участились случаи неправильных сращений и инвалидности. Но травматологические, хирургические и урологические кадры повсеместно оказались подготовленными лишь для консервативного лечения (покоем, гамаком, скелетным вытяжением).

Поэтому мы проводим целенаправленно многоплановую работу: с 1984 г. в области по переобучению, а с 1991 г. в медицинском институте (открытом в 1991 г.) по обучению кадров обследованию и лечению больных с повреждениями таза, а также научные исследования по этой теме (иногда с привлечением интернов). Выполнение нашей программы облегчается тем, что заведующий кафедрой ортопедии, травматологии и военно-полевой хирургии Гомельского мединститута, являясь одновременно заведующим специализированным отделением в областной больнице и главным ортопедом-травматологом области, работает в полном взаимодействии с главным хирургом, урологом, ангиохирургом области и другими главными специалистами хирургического профиля.

Преддипломная подготовка включает 1) лекции и практические занятия со студентами на 4 курсе мединститута по данной теме с учетом современных мировых и местных (гомельских) исследований и достижений, 2) специальные углубленные практические занятия на VI курсе, 3) курсовые работы интернов по какому-либо из многочисленных разделов темы - травмы таза с изучением конкретного клинического материала и зарубежной русской и западной литературы.

В программу постдипломного обучения кадров входят: 1) семинары для травматологов, хирургов и урологов по различным аспектам диагностики и лечебной тактики при консервативном и оперативном лечении, особенно при травмах сосудов, разных сочетаний фиксирующих конструкций и т.д. 2) доклады на межрегиональных семинарах и совещаниях врачей хирургических специальностей, включая анестезиологов-реаниматологов, 3) распространение в ЦРБ информационных писем главного хирурга и ортопеда-травматолога области по оптимальному обследованию и лечению этих больных, с указанием директивных требований главного ортопеда-травматолога области, 4) демонстрация больных с сочетанными повреждениями таза на заседаниях различных научных обществ (областных - хирургов, республиканских - ортопедов-травматологов), 5) включение вопросов по данной теме в перечень таковых при аттестации хирургов, урологов и травматологов в облздравотделе, 6) собеседование на ЛКК областной больницы и облздравотдела с врачами, допустившими грубые ошибки, 7) информирование врачей о судебно-медицинских исследованиях трупов лиц, погибших в результате травм таза, об опыте в применении впервые

созданных инструментов и новых методик лечения при травмах таза, новых методик обследования на операционном столе, на компьютерной томографии, специальными укладками таза для рентгенографии и т.д.

Идея бригадного и одномоментного параллельного или последовательного оказания оперативной помощи пострадавшим с сочетанными и множественными травмами таза все больше проникает в практику хирургов всех профилей как в областной, так и в районных больницах (г.г. Мозырь, Жлобин, Речица, БСМП г. Гомеля и т.д.), ибо ранний остеосинтез таза и конечностей (при сопутствующем вмешательстве на поврежденных внутренних органах) обеспечивает наиболее своевременное восстановление анатомии и опорной функции их и раннее начало функционального лечения и делает весь лечебный процесс более активным и целенаправленным, позволяя заметно улучшить результаты лечения, сократить сроки, например, постельного режима с 2 месяцев до 3 дней, избежать в Гомельской области ложных суставов таза, уменьшить инвалидность. Одномоментное оперативное вмешательство подготовленными по нашей программе бригадами, состоящими из травматолога и хирурга, и (или) уролога, агнгиохирурга и пр., например, при разрыве прямой кишки, лонного соединения, поперечном смещенном переломе бедра, позволяет больным выйти на работу через 7 месяцев при полном восстановлении анатомии и отсутствии каких-либо функциональных нарушений.